



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

**IMPLEMENTACIÓN DE PSICOPROFILAXIS
QUIRÚRGICA EN SERVICIOS DE INTERNACIÓN DE
CIRUGÍA PEDIÁTRICA.
INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS DE MONTEVIDEO.
12 AL 19 DE AGOSTO DE 2002**

AUTORES:

Br. Ayala de León, Alejandro Federico
Br. Bertinat Albin, María Fabiana
Br. Ferreira Ramos, Carina María
Br. Magallanes Dalta, Verónica Alejandra
Br. Mugico Copello, Mariana
Rodríguez Pérez, Luciana Carolina

TUTORES:

Lic. Enf. Rocha, Fanny
Prof. Asist. Rotta, Alejandra

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2003

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
PROBLEMA.....	2
OBJETIVOS	3
ASPECTOS METODOLÓGICOS	4
PRESENTACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS	7
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	20
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS	27

INTRODUCCIÓN

El siguiente estudio fue realizado por seis estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería, perteneciente a la Universidad de la República.

Estudiamos la implementación de la Psicoprofilaxis Quirúrgica (PQ) en doce servicios de internación pediátrica de instituciones públicas y privadas de Montevideo, de acuerdo a lo manifestado por los Licenciados en Enfermería de dichos servicios. El diseño de este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo transversal. Pretendimos abarcar en él a la totalidad del universo a estudiar.

Para la recolección de datos utilizamos como técnica la entrevista estructurada, con preguntas cerradas y abiertas con categorías previas. Una vez obtenidos los datos realizamos el análisis univariado, recategorizando algunas de las variables.

En la revisión bibliográfica sobre el tema encontramos publicaciones de otros países, pero no trabajos que documentaran la implementación de la PQ en nuestro país.

Seleccionamos este tema porque desde nuestra perspectiva como futuros Licenciados en Enfermería, son importantes las actividades tendientes a favorecer la adaptación de los usuarios frente a los factores productores de tensión. Éste es el objetivo de la PQ en lo referente al proceso quirúrgico, y la importancia de su implementación en el niño se basa en que no es capaz de enfrentar de forma eficaz los factores estresantes que conlleva la cirugía. Mediante esta intervención se busca que el niño llegue a block quirúrgico con un grado justo de ansiedad, que le permita canalizar sus energías hacia una actitud de colaboración y participación activa en este proceso. Además, dado que los factores estresantes disminuyen las defensas Inmunológicas del organismo, se ha demostrado que la preparación psicológica tiene como resultado una mejor evolución en el postoperatorio.

Decidimos abordar el tema desde la experiencia del Licenciado en Enfermería, porque lleva a cabo el proceso administrativo de los servicios de salud, debiendo impulsar intervenciones basadas en las necesidades de la población. Posee además un cuerpo de conocimientos que le permite coordinar en forma interdisciplinaria dichas intervenciones. Cumple una función de nexo entre el usuario y su familia, y el resto del equipo de salud. Asiste de manera continua al usuario y su familia, siendo capaz de detectar sus problemas y necesidades desde una concepción Integral del ser humano.

PROBLEMA

¿Cómo se implementa la PQ en los servicios de Internación de Cirugía Pediátrica, de doce instituciones públicas y privadas de Montevideo, de acuerdo a lo manifestado por Licenciados en Enfermería de dichos servicios, en el período comprendido entre el 12 y 19 de Agosto de 2002?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la situación actual de la implementación de la PQ, según lo manifestado por los Licenciados en Enfermería de los servicios de Internación de Cirugía Pediátrica, de 12 instituciones públicas y privadas de Montevideo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1-** Caracterizar a los Licenciados entrevistados.
- 2-** Conocer si en los servicios de Cirugía Pediátrica se realiza PQ.
- 3-** Saber si la PQ se encuentra protocolizada.
- 4-** Establecer cómo se selecciona a los niños para la realización de PQ.
- 5-** Conocer qué tipo de técnicas se utilizan.
- 6-** Establecer qué intervenciones psicoprofilácticas realizan los Licenciados en Enfermería.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

DISEÑO

El tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo transversal.

SUJETOS DEL ESTUDIO

Todos los Licenciados operativos del sector de internación pediátrica de doce instituciones públicas y privadas de Montevideo. Cabe aclarar que solicitamos la autorización de dieciséis instituciones, de las cuales trece accedieron a participar del estudio. Una de ellas fue descartada puesto que en la misma implementamos el estudio piloto. En los casos en los que no encontramos Licenciado operativo en el sector, entrevistamos al supervisor.

Dado que el Proceso de Atención de Enfermería es continuo y debe adaptarse a las necesidades, intereses y problemas de los usuarios, los cuales pueden surgir en cualquier momento del día, entrevistamos a los Licenciados de todos los turnos. En el dimensionamiento de la población relevamos cuarenta y cinco Licenciados, habiéndole realizado la entrevista a cuarenta y tres, dado que una Licenciada se encontraba en su licencia anual, y otra se negó a participar del estudio.

RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la entrevista estructurada o formal, con preguntas cerradas y abiertas con categorías previas. Se utilizó como instrumento una planilla para la sistematización de la información (ver Anexo 3).

VARIABLES

De caracterización

1- Sexo: Variable cualitativa, con escala de medida nominal. Categorías: Femenino y Masculino.

2- Edad: Variable cuantitativa continua. Una vez recabada la información, y conociendo el rango de edades con el que íbamos a trabajar, organizamos los datos en una tabla de intervalos fijados de la siguiente manera:

$$\text{Amplitud del intervalo} = \underline{\text{valor mayor de variable}} - \underline{\text{valor menor de variable}}$$

5

3- Años de experiencia en Pediatría: Sumatoria del tiempo trabajado en servicios de Pediatría hasta la fecha actual, expresado en años cumplidos. Variable cuantitativa continua. Los datos se organizaron en una tabla de intervalos fijados de igual forma que en la variable anterior.

4- Formación complementaria en el área: Realización por parte del Licenciado de cursos de formación permanente, seminarios, congresos, jornadas, dentro del área de Pediatría, en el último año. Variable cualitativa, con escala de medida nominal. Categorías: sí – no.

5- Tipo de institución: Subsector al cual pertenece el establecimiento sanitario dentro de la estructura orgánica de los servicios de salud. Definimos público como “de beneficio social, dependiente del estado”. Definimos privado como “de beneficio privado y con fines de lucro”. Variable cualitativa, con escala de medida nominal. Categorías: pública y privada.

De Implementación de PQ

1- Protocolización: Existencia de programa escrito en el que se especifican los procedimientos a seguir en la preparación para el acto quirúrgico respondiendo a los objetivos de la PQ. Variable cualitativa, con escala de medida nominal. Categorías: sí – no.

2- Realización de PQ: Ejecución de actividades tendientes a la preparación psicológica del niño sometido a una intervención quirúrgica. Variable cualitativa, con escala de medida nominal. Categorías: sí - no.

3- Criterios de selección: Razones por las cuales se selecciona los usuarios para la realización de PQ. Variable cualitativa, con escala de medida nominal. Pregunta abierta. Las categorías previas que utilizamos para esta variable fueron las siguientes:

- Edad
- Tipo de cirugía
- Situación del niño o familia
- Experiencia quirúrgica previa
- Otros (especificar)

4- RRHH involucrados: Integrante(s) del equipo de salud que participan en las actividades psicoprofilácticas. Variable cualitativa, con escala de medida nominal. Pregunta abierta. Las categorías previas establecidas fueron las siguientes:

- Lic. en Enfermería
- Aux. de Enfermería
- Psicólogo
- Pediatra
- Cirujano
- Anestesiista
- Otros (especificar)

5- Técnicas que se utilizan: Procedimientos y recursos que utilizan los integrantes del equipo de salud en la Implementación de la PQ. Pregunta abierta. Variable cualitativa, con escala de medida nominal. Se utilizaron las siguientes categorías previas:

- Técnicas lúdicas
- Información audiovisual
- Información verbal
- Información escrita
- Presencia de familiar durante la inducción anestésica
- Visita previa al servicio
- Fomento de la utilización de objeto transicional
- Otras (especificar)

Una vez recabados los datos, los recategorizamos según los Licenciados mencionaran:

- Sólo técnicas que corresponden a la PQ
- Técnicas de PQ y otras que no se incluyen dentro de la PQ
- Sólo técnicas que no se incluyen dentro de la PQ

6- Intervención de Enfermería: Técnicas que utiliza el Licenciado en Enfermería en la implementación de la PQ. Variable cualitativa, con escala de medida nominal. La pregunta fue abierta, con las mismas categorías previas que la anterior. Luego de recabados los datos los agrupamos para su análisis según los Licenciados participaran en todas, algunas o ninguna de las técnicas mencionadas en la pregunta anterior. En caso que el Licenciado sólo hubiera mencionado actividades que no correspondían a la PQ, así participara en todas ellas se recategorizaría como "ninguna" esta pregunta.

PRESENTACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS

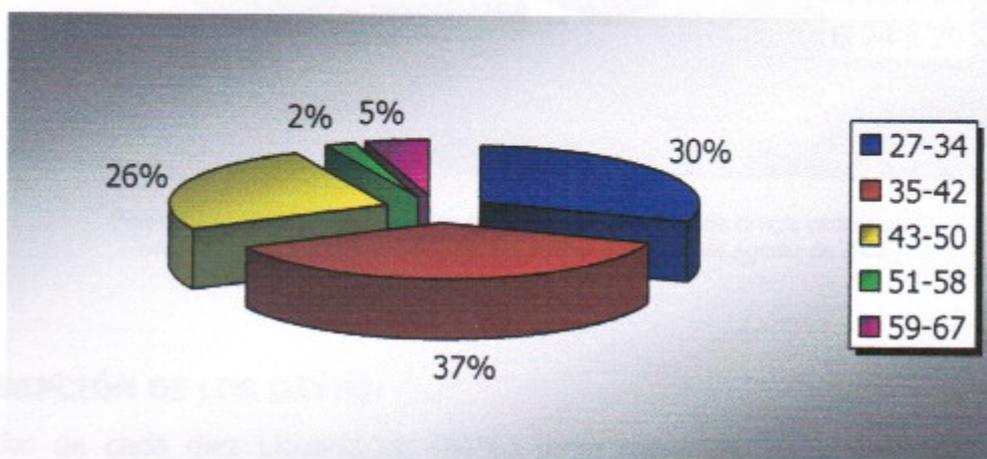
Con respecto a la variable sexo, el 100% de las Licenciadas entrevistadas era del sexo femenino.

TABLA 1 – Edad de las Licenciadas que trabajan en servicios de Internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

EDAD (años)	FA	FR%
27-34	13	30
35-42	16	37
43-50	11	26
51-58	1	2
59-67	2	5
Total	N=43	100

Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

GRÁFICO 1 – Edad de las Licenciadas que trabajan en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.



Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS:

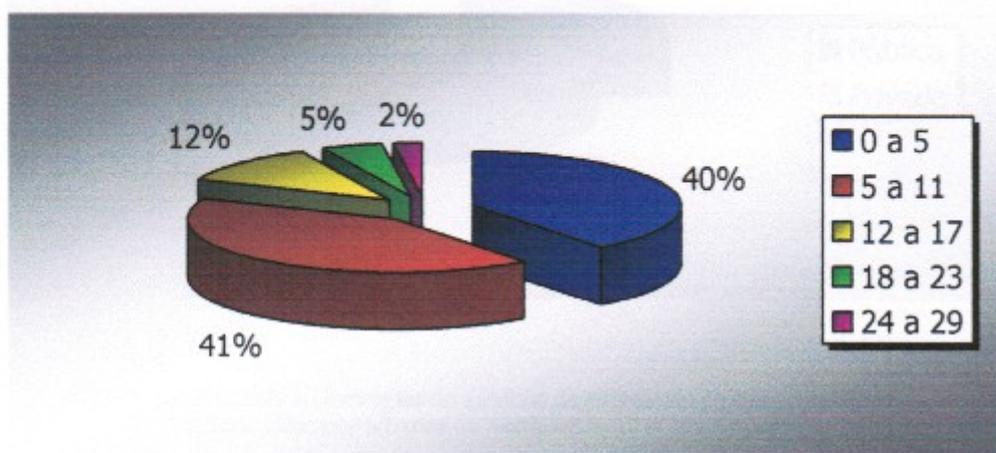
Encontramos que aproximadamente dos terceras partes de las Licenciadas (67%) eran menores de 42 años de edad.

TABLA 2 - Años de experiencia de las Licenciadas que trabajan en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

EXPERIENCIA (años)	FA	FR%
0 a 5	17	40
6 a 11	18	41
12 a 17	5	12
18 a 23	2	5
24 a 29	1	2
Total	N=43	100

Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

GRÁFICO 2 - Años de experiencia de las Licenciadas que trabajan en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.



Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS:

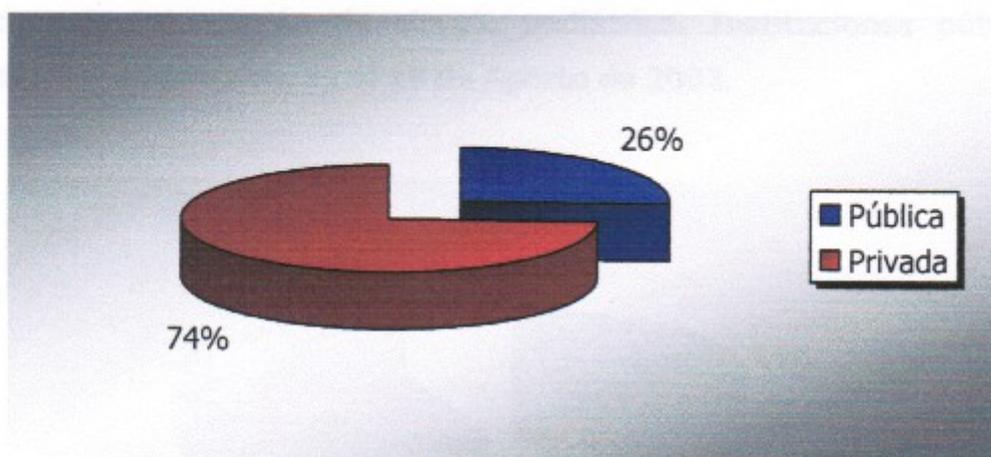
Ocho de cada diez Licenciadas (81%) tenía hasta 11 años de experiencia en servicios de internación de Pediatría

TABLA 3 - Tipo de institución en la que trabajan las Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

TIPO DE INSTITUCIÓN	FA	FR%
Pública	11	26
Privada	32	74
Total	N=43	100

Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo, 12 al 19 de Agosto de 2002.

GRÁFICO 3 - Tipo de institución en la que trabajan las Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.



Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo, 12 al 19 de Agosto de 2002.

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

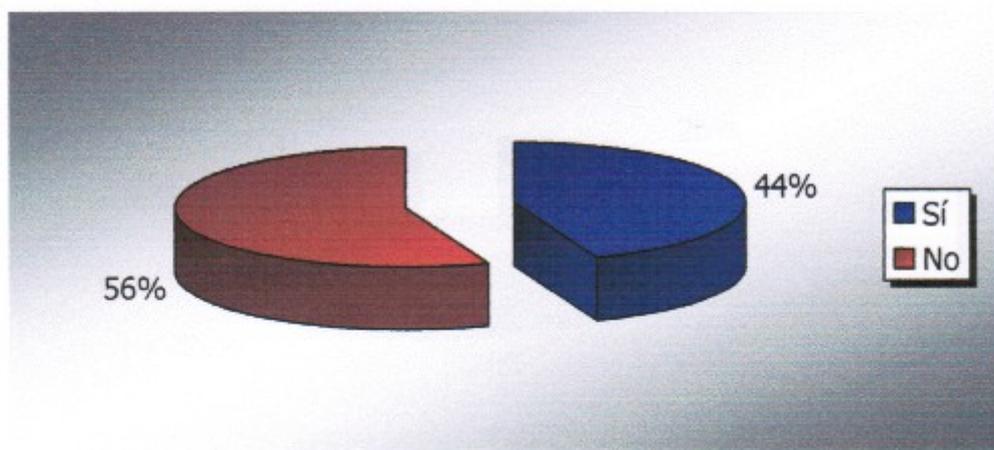
Casi las tres cuartas partes de las Licenciadas entrevistadas (74%) correspondían a instituciones privadas.

TABLA 4 - Formación complementaria de las Licenciadas que trabajan en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

FORMACIÓN COMPL.	FA	FR%
Sí	19	44
No	24	56
Total	N=43	100

Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

GRÁFICO 4 - Formación complementaria de las Licenciadas que trabajan en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.



Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS:

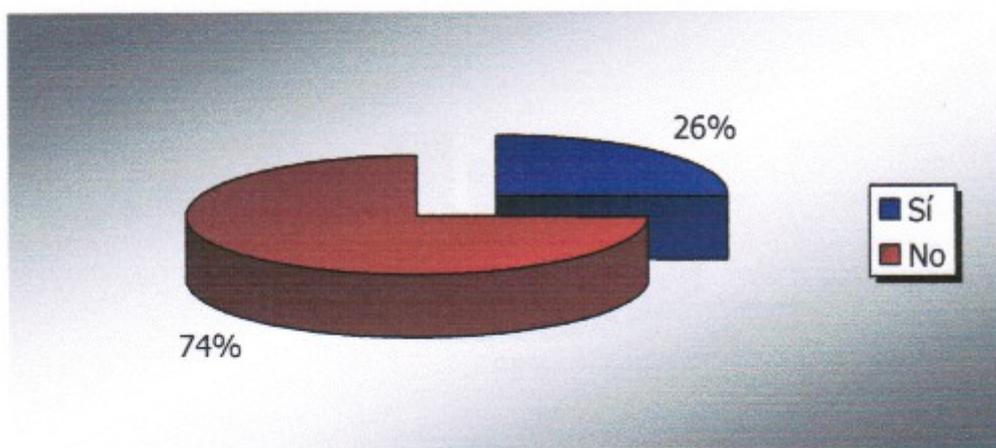
Más de la mitad de las Licenciadas entrevistadas (56%) no habían tenido formación complementaria en el área de Pediatría en el último año.

TABLA 5 - Existencia de protocolo de PQ en los servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

PROTOCOLIZACIÓN	FA	FR%
Sí	11	26
No	32	74
Total	N=43	100

Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

GRÁFICO 5 - Existencia de protocolo de PQ en los servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.



Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS:

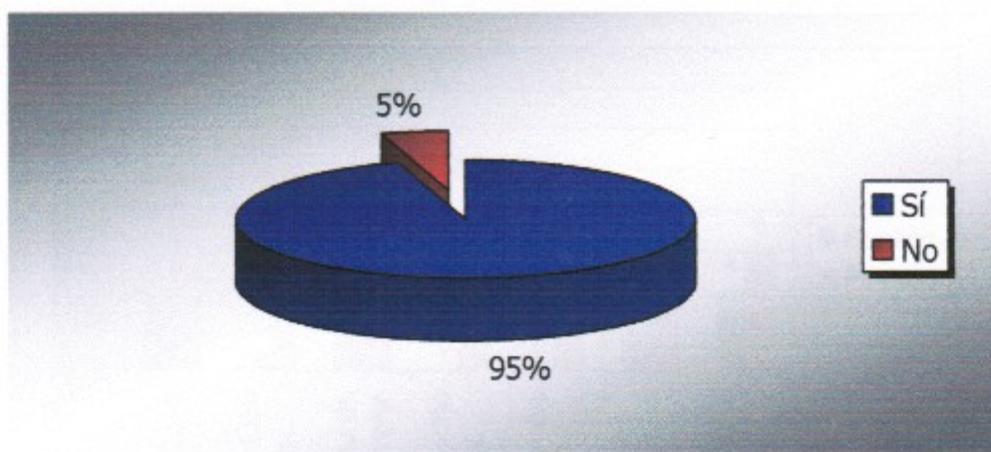
Casi las tres cuartas partes de las Licenciadas (74%) manifestaron que en el servicio donde trabajaban no existía protocolo de Psicoprofilaxis Quirúrgica.

TABLA 6 - Realización de PQ en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

REALIZACIÓN DE PQ	FA	FR%
Sí	41	95
No	2	5
Total	N=43	100

Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

GRÁFICO 6 - Realización de PQ en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.



Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

La mayoría de las Licenciadas (95%) manifestó que se realizaba PQ en los servicios de internación de cirugía pediátrica en los que trabajaban.

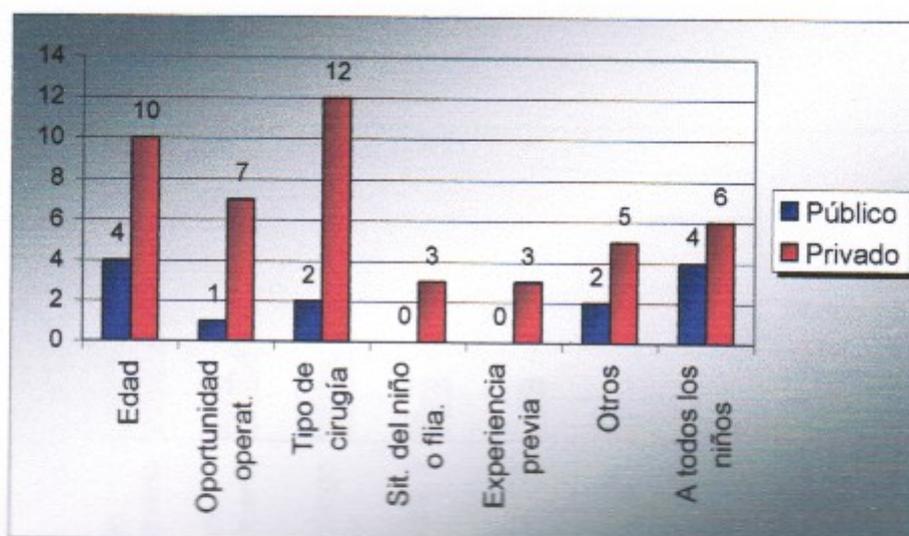
A partir de este momento nuestra población pasa a estar integrada por las 41 Licenciadas que manifestaron que en su servicio se realizaba PQ. Analizaremos por separado las respuestas de las Licenciadas del sector público y del privado.

TABLA 7 - Criterios de selección para realización de PQ en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

CRIT. DE SELECCIÓN	Público	Privado
Edad	4	10
Oportunidad operat.	1	7
Tipo de cirugía	2	12
Sit. del niño o flia.	0	3
Experiencia previa	0	3
Otros	2	5
A todos los niños	4	6

Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

GRÁFICO 7 - Criterios de selección para realización de PQ en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.



Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

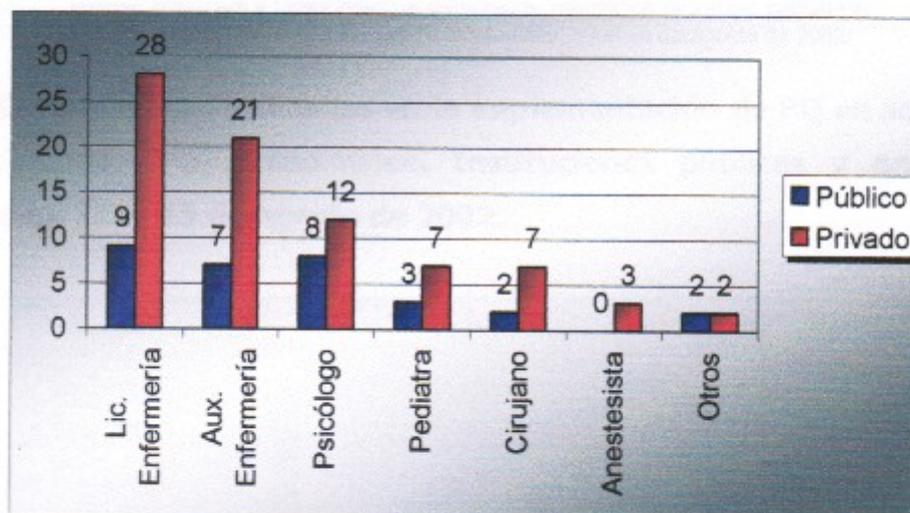
De las diez Licenciadas del sector público, cuatro (40%) manifestaron que se tomaba como criterio de selección la edad del niño, y otras cuatro mencionaron que se realizaba PQ a todos los niños. Con respecto a las Licenciadas del sector privado, doce de las treinta y una (39%) refirieron que se tomaba como criterio de selección el tipo de cirugía en cuanto a especialidad médica, y diez (32%) la edad del niño. Cabe aclarar que muchas Licenciadas mencionaron más de un criterio de selección.

TABLA 8 - Integrantes del equipo de salud que participan en la implementación de PQ, en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

INTEGR. DEL EQUIPO	Público	Privado
Lic. Enfermería	9	28
Aux. Enfermería	7	21
Psicólogo	8	12
Pediatra	3	7
Cirujano	2	7
Anestesista	0	3
Otros	2	2

Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

GRÁFICO 8 - Integrantes del equipo de salud que participan en la implementación de PQ, en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.



Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS:

Con respecto a los profesionales que participaban de la implementación de la PQ, nueve Licenciadas del sector público (90%) y veintiocho del sector privado (90%) manifestaron que Enfermería profesional participaba. En lo que refiere al Auxiliar de Enfermería, siete Licenciadas del sector público (70%) y veintiuna del sector privado (68%) expresaron que se integraban a la PQ. El psicólogo fue mencionado por ocho

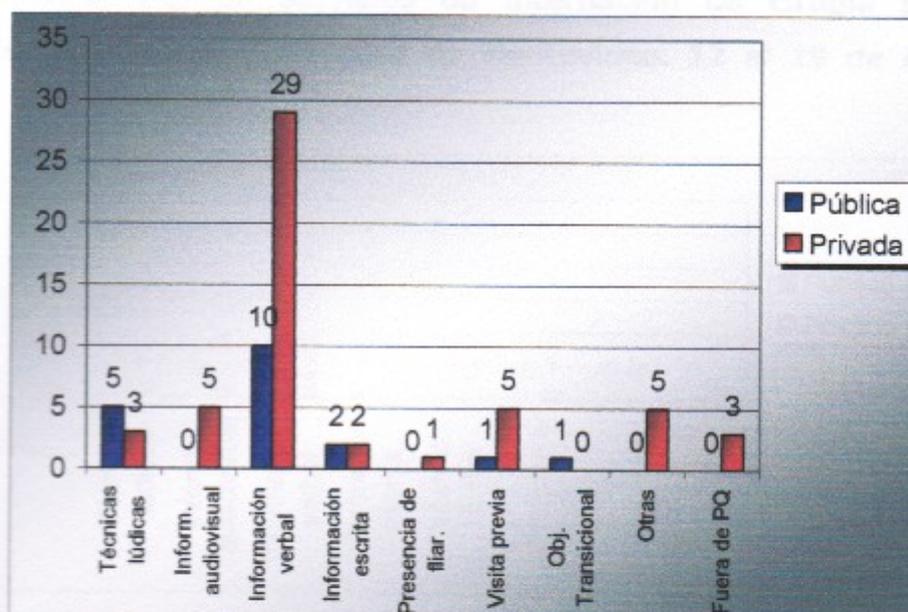
Licenciadas del sector público (80%) y doce (39%) del sector privado. El pediatra se integraba según tres Licenciadas del sector público (30%) y siete del sector privado (23%). Con respecto al cirujano, fue mencionado por dos Licenciadas del sector público (20%) y siete del sector privado (23%). En cuanto al anestesista, no fue considerado por ninguna Licenciada del sector público, mientras que fue mencionado por tres Licenciadas del sector privado (10%).

TABLA 9 - Técnicas utilizadas en la implementación de PQ en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

TÉCNICAS	Público	Privado
Técnicas lúdicas	5	3
Inform. audiovisual	0	5
Información verbal	10	29
Información escrita	2	2
Presencia de fiar.	0	1
Visita previa	1	5
Obj. Transicional	1	0
Otras	0	5
Fuera de PQ	0	3

Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

GRÁFICO 9 - Técnicas utilizadas en la implementación de PQ en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.



Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS:

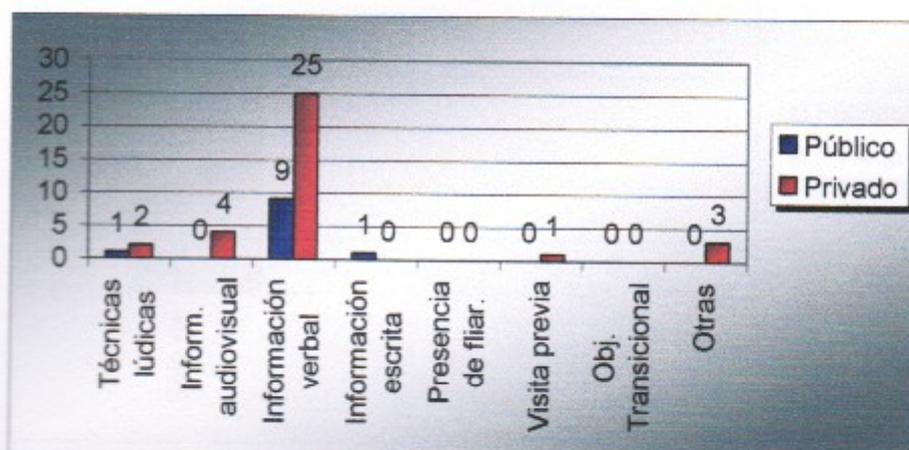
La información verbal como intervención psicoprofiláctica fue mencionada por la totalidad de las Licenciadas del sector público, y por veintinueve Licenciadas del sector privado (93%). Cinco Licenciadas del sector público (50%) mencionaron técnicas lúdicas, y dos (20%) información escrita. Cinco Licenciadas del sector privado (16%) mencionaron información audiovisual y visita previa al servicio. Con respecto a las técnicas fuera de PQ, fueron mencionadas por tres Licenciadas del sector privado (10%).

TABLA 10 - Participación de las Licenciadas en las técnicas con las que se implementa la PQ, en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

PARTICIPACIÓN LIC.	Público	Privado
Técnicas lúdicas	1	2
Inform. audiovisual	0	4
Información verbal	9	25
Información escrita	1	0
Presencia de fiar.	0	0
Visita previa	0	1
Obj. Transicional	0	0
Otras	0	3

Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

GRÁFICO 10 - Participación de las Licenciadas en las técnicas con las que se implementa la PQ, en servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.



Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

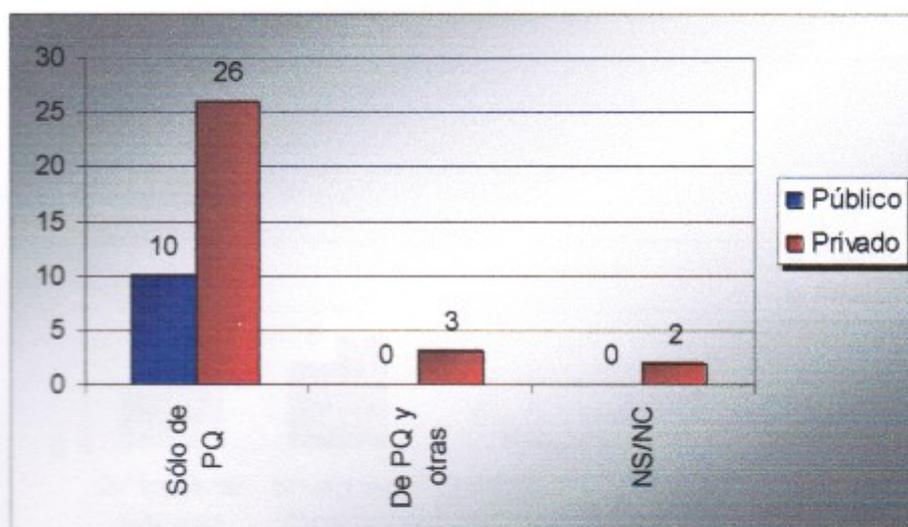
De las veintinueve Licenciadas del sector privado que mencionaron información verbal, veinticinco (86%) manifestaron participar de la misma, mientras que en el sector público fueron nueve (90%). De las cinco Licenciadas del sector público que mencionaron técnicas lúdicas, una (20%) refirió participar en la misma. De las dos Licenciadas del sector público que mencionaron información escrita, una (50%) manifestó participar en ella. De las cinco Licenciadas del sector privado que mencionaron información audiovisual, cuatro (80%) expresaron participar en su implementación, y una (20%) en la visita previa al servicio.

TABLA 11 - Tipo de técnicas mencionadas por Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

TIPO DE TÉCNICA	Público	Privado
Sólo de PQ	10	26
De PQ y otras	0	3
NS/NC	0	2
Total	10	31

Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

GRÁFICO 11 - Tipo de técnicas mencionadas por Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.



Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS:

Al contrastar las técnicas mencionadas por las Licenciadas con las que figuraban en nuestro marco conceptual, recategorizamos sus respuestas según mencionaran sólo técnicas de PQ, o técnicas de PQ y otras que no corresponden a ella.

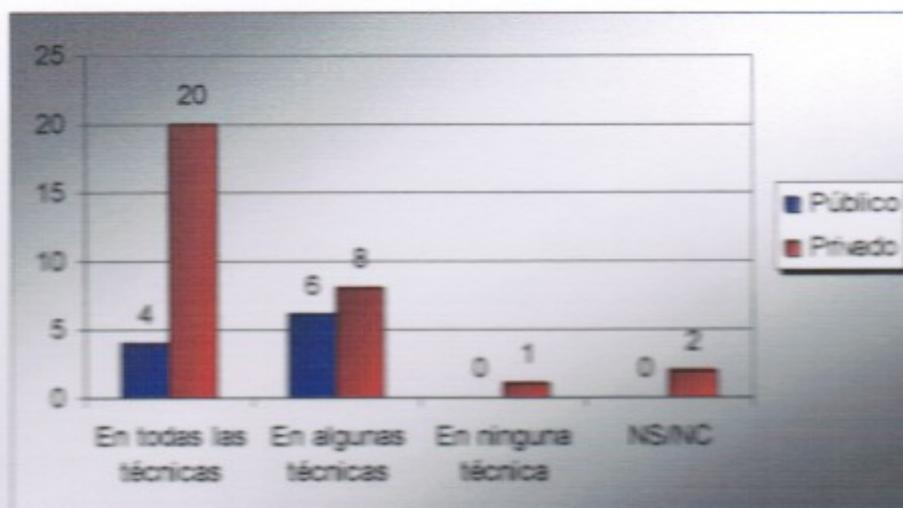
La totalidad de las Licenciadas del sector público mencionó sólo técnicas de PQ. En cuanto a las Licenciadas del sector privado, veintiséis (84%) mencionaron sólo técnicas de PQ, mientras que tres (10%) mencionaron además otras técnicas que no corresponden a PQ (colocación de VVP, higiene, medicación, colocación de vestimenta de block, entre otras) y dos (6%) no contestaron.

TABLA 12 - Participación de las Licenciadas en relación al total de técnicas mencionadas, de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

PARTICIPACIÓN	Público	Privado
En todas las técnicas	4	20
En algunas técnicas	6	8
En ninguna técnica	0	1
NS/NC	0	2
Total	10	31

Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.

GRÁFICO 12 - Participación de las Licenciadas en relación al total de técnicas mencionadas, de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002.



Fuente: entrevista a Licenciadas de servicios de internación de cirugía pediátrica. Instituciones públicas y privadas de Montevideo. 12 al 19 de Agosto de 2002

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS:

Luego de contrastar las técnicas que se utilizaban en la Implementación de la PQ con las técnicas en las cuales las Licenciadas refirieron participar, recategorizamos esta última variable según las Licenciadas participaran en todas, algunas o ninguna técnica.

Cuatro Licenciadas del sector público (40%) y veinte del sector privado (64%) manifestaron participar en todas las técnicas de PQ. Seis Licenciadas del sector público (60%) y ocho Licenciadas del sector privado (26%) refirieron participar en algunas técnicas. Una Licenciada del sector privado (3%) dijo no participar en ninguna técnica, y dos (6%) no contestaron.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

El total de la población entrevistada era de sexo femenino, encontrándose que el 67% tenía menos de 42 años y el 74% pertenecía al sector privado.

El 81% de las Licenciadas tenía 11 o menos años de experiencia en pediatría, y el 56% de nuestro universo no había tenido formación complementaria en el área en el último año.

IMPLEMENTACIÓN DE PQ

Si bien el 74% de las Licenciadas entrevistadas manifestaron que la PQ no estaba protocolizada en el servicio donde trabajaban, la mayoría (95%) refirió que se realizaba. Consideramos esto último como un hallazgo positivo, dado que la cirugía representa un estímulo focal (de acuerdo al Modelo de Adaptación de Roy), que genera tensiones en el niño, las cuales le son difíciles de afrontar (entre otros factores por la inmadurez de su aparato psíquico). Teniendo en cuenta esto, y dado que la PQ se ubica dentro la prevención primaria, contribuyendo a disminuir las complicaciones postoperatorias del niño, consideramos que la misma es una estrategia fundamental para elevar la calidad de la asistencia brindada.

Observamos que existen diferencias en los criterios de selección mencionados por las Licenciadas de instituciones públicas y privadas. Los más frecuentes en el sector público fueron la edad del niño (40%) y la realización de PQ a todos los niños (40%), mientras que en el sector privado fueron el tipo de cirugía (39%) y la edad del niño (32%). Al analizar la información obtenida encontramos que, de acuerdo a las respuestas de las Licenciadas, en muchos servicios no se realizaba PQ a todos los niños. Teniendo en cuenta los elementos mencionados en el párrafo anterior, pensamos que la PQ debería ser implementada en el 100% de los casos, sin existir criterios de selección.

Con respecto a los profesionales que participan en la implementación de la PQ, en ambos sectores el 90% de las Licenciadas manifestó que Enfermería profesional se integraba en su ejecución. Este dato nos parece relevante dado que el rol de la Licenciada es determinante durante todo el proceso quirúrgico, ya que es quien

permanece más tiempo con el niño, pudiendo recibir en forma total e inmediata las diversas tensiones que se originan en torno a la internación y al acto quirúrgico. Además le es posible recabar información relevante, lo cual favorece, no sólo su gestión en la prestación de cuidados, sino también su función como nexo, ya que es quien coordina sus servicios con otros profesionales, actuando como líder natural en la dinámica de grupo con el fin de brindar una atención integral con un enfoque interdisciplinario unificado.

En lo que refiere al Auxiliar de Enfermería, observamos porcentajes similares de participación según las respuestas de las Licenciadas de ambos sectores (70% en el sector público y 68% en el sector privado).

En cuanto al psicólogo encontramos diferencias marcadas entre las respuestas de las Licenciadas ambos sectores, dado que 80% de las del sector público y 39% del sector privado manifestaron que participaba.

El pediatra se integraba según 30% de las Licenciadas del sector público y 23% del sector privado.

Con respecto al cirujano, fue mencionado por 20% de las Licenciadas del sector público y 23% del sector privado.

El anestesista no fue considerado por ninguna Licenciada del sector público, mientras que fue mencionado por el 10% de las Licenciadas del sector privado.

Todos los integrantes del equipo de salud son responsables de brindar elementos para que el niño sea capaz de afrontar en forma eficaz las tensiones que le genera el proceso quirúrgico; cada uno tiene su propia perspectiva, si bien muchos temas de la PQ son comunes a todos. Es por esto que nos llama la atención las diferencias de participación de los distintos integrantes del equipo de salud en la implementación de la PQ.

Con respecto a las técnicas que se utilizaban, encontramos en ambos sectores un alto porcentaje de Licenciadas que mencionaron la utilización de la información verbal (100% de las Licenciadas del sector público, y 93% del sector privado). En cuanto a las siguientes técnicas más frecuentes encontramos diferencias entre las respuestas de las Licenciadas del sector público y del privado. En el público, las más frecuentes fueron técnicas lúdicas (50%) e información escrita (20%). En el privado, fueron información audiovisual (16%) y visita previa al servicio (16%). Con respecto a las técnicas fuera de PQ, fueron mencionadas por 10% de las Licenciadas del sector privado.

Encontramos un amplio predominio de la información verbal, y en la mayoría de los casos una escasa variedad de técnicas utilizadas. Cabe destacar que sólo un 19% de las Licenciadas manifestó que en su servicio se utilizaban técnicas lúdicas en la PQ, siendo esta técnica la más adecuada para que el niño se prepare para enfrentarse a lo que le ocurrirá en el transcurso del proceso quirúrgico, y a su vez logre expresar los sentimientos y el grado de ansiedad que no es capaz de comunicar verbalmente.

Con respecto a la participación de las Licenciadas en las técnicas anteriormente mencionadas, las respuestas de ambos sectores en cuanto a información verbal fue similar (90% del sector público y 86% del sector privado). En el sector público, de las Licenciadas que mencionaron técnicas lúdicas, 20% refirió participar en la misma, y de las que mencionaron información escrita, 50% manifestó participar en ella. En el sector privado, de las Licenciadas que mencionaron información audiovisual, 80% expresó participar en su implementación, y de las que mencionaron visita previa al servicio, 20% dijo participar en ella.

Al recategorizar las técnicas mencionadas contrastándolas con las que figuran en nuestro marco conceptual, observamos que la totalidad de las Licenciadas del sector público mencionó sólo técnicas de PQ. En cuanto a las Licenciadas del sector privado, un 84% mencionó sólo técnicas de PQ, mientras que un 10% mencionó además otras técnicas que no corresponden a la misma, y un 6% no contestó. Esto nos sugiere que existe un 16% de Licenciadas del sector privado que poseen un conocimiento medio acerca de la PQ.

Al comparar las técnicas mencionadas por las Licenciadas con aquellas en las cuales participaban, reclasificamos las respuestas obteniendo que un 40% de las Licenciadas del sector público y un 64% del sector privado manifestó participar en todas las técnicas de PQ. 60% de las Licenciadas del sector público y 26% del sector privado refirió participar en algunas técnicas. 3% del sector privado manifestó no participar en ninguna técnica, y 6% no contestó. Como mencionamos anteriormente, nuestro marco conceptual expresa que cada profesional tiene intervenciones específicas en la PQ relacionadas a su área de competencia, si bien hay algunas que son comunes a todos. De acuerdo a esto, sería lógico encontrar que las Licenciadas participan en algunas, y no en todas las técnicas.

CONCLUSIONES

El total de la población entrevistada era de sexo femenino, encontrándose que dos tercios tenían menos de 42 años y casi las tres cuartas partes pertenecía al sector privado. Ocho de cada diez Licenciadas tenía 11 o menos años de experiencia en pediatría, y más de la mitad no había tenido formación complementaria en el área en el último año.

De acuerdo al resultado de nuestro estudio podemos concluir que, según lo manifestado por las Licenciadas, en los servicios de Cirugía Pediátrica de Montevideo estudiados se realiza PQ, en la mayoría de los casos sin estar protocolizada. En un pequeño porcentaje se realiza a todos los niños, y en el resto existen diversos criterios de selección, que difieren en el sector público y en el privado.

Encontramos que, según las respuestas de las Licenciadas, no todos los profesionales participan en la misma medida en la implementación de la PQ.

Con respecto a las técnicas mencionadas por las Licenciadas para la implementación de la PQ, hay un marcado predominio de la información verbal (en la cual la mayoría manifestó participar), y una gran escasez de otras técnicas.

Podemos afirmar que Enfermería profesional demuestra interés en la PQ, lo cual se ve reflejado en su participación en la misma. Creemos que esto constituye un terreno fértil para el desarrollo de esta actividad, que debe ser fortalecida en la formación tanto básica como de postgrado. De esta forma los Licenciados en Enfermería serán capaces de actuar como agentes de cambio en los servicios donde trabajan, a fin de lograr que la PQ se realice en todas las instituciones de nuestro país, a todos los niños, llevada a cabo por todos los profesionales que participan en su atención.

RECOMENDACIONES

De los resultados de nuestro estudio se desprenden una serie de líneas de investigación para continuar profundizando en el tema.

Con respecto a la realización de PQ sin existencia de protocolo, debería estudiarse la efectividad de la misma sin contar con pautas de cómo, cuándo, quién y dónde realizar la implementación.

En lo que refiere a las diferencias de participación de los distintos profesionales en la PQ, sería interesante indagar si las mismas están relacionadas a la formación académica recibida, a la ausencia de algunos profesionales en una parte de los servicios abarcados en nuestro estudio o a otros factores.

Otro aspecto interesante a estudiar sería de qué forma se integra a la familia en la PQ, ya que la misma también se ve afectada por la cirugía del niño. Además es fundamental su función de apoyo al niño durante el proceso quirúrgico, por lo cual resulta conveniente que sus ansiedades también sean contempladas y elaboradas.

Por último, creemos importante saber qué técnicas específicas se utilizan en cada etapa del desarrollo cognitivo del niño.

BIBLIOGRAFÍA

- Ander-Egg E. Técnicas de Investigación social. 24ª ed. Buenos Aires: Editorial Lumen; 1995.
- Ascer de Loy A. Psicoprofilaxis quirúrgica en niños. Clínica de Psiquiatría Infantil. Montevideo: Centro Hospital Pereira Rossell; 1988.
- Baráibar R. Alerta sobre riesgos en el niño a posteriori de enfermedad física. En: Psicología Médica. Temáticas II. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Social; 1996. p. 328-33.
- Barrios S. Una compleja constelación: las intervenciones quirúrgicas. En: Baráibar R. Enfoques en Pediatría. Aspectos psicosociales. Montevideo: Oficina del Libro AEM; 1996. p. 81-6.
- Cerrutti S. Sexualidad humana. 3ª ed. Montevideo: EdInor; 1991.
- Clifford M. Enciclopedia Práctica de la Pedagogía. Universidad de Iowa. Ed. Océano S.A.; 1982.
- Congreso argentino de patología de urgencia y emergentología, 11º. Mar del Plata: Comisión organizadora del Congreso; 1989.
- Diccionario Mosby. [CD ROM] 5ª ed. Harcourt SA; 2000.
- Geist H. Cómo atender al niño antes y después de la hospitalización. Buenos Aires: Ed. Paidós [s.d.].
- Giacomantone E. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico, el impacto emocional de la cirugía. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1997.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 2ª ed. México: McGraw-Hill; 1998.
- Icart MT, Caja López C. Protocolo de Investigación. En: Revista Rol de Enfermería (España) 1991; (152): 11-5.
- Insua J A. Psicología Médica. 6ª ed. Buenos Aires: López Libreros Editores; 1981.
- Krivisky M. ¿Cómo manejamos entre todos el estrés psicológico [s.p.i.].
- Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la Enfermería Profesional. OPS, 1989.
- Lira MT. Intervención de Enfermería en el niño sometido a proceso quirúrgico. En: Pediatría al día 2000; 16 (03): 190-2.
- Mardarás Plasas E. Psicoprofilaxis quirúrgica. 2ª ed. Barcelona: Ediciones Rol S. A.; 1990.

- Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en Enfermería. Madrid: Harcourt Brace España; 1999.
- Means LJ, Ferrari LR, Fisher QA et al. Evaluation and preparation of pediatric patients undergoing anesthesia. En: Pediatrics 1996, 3 (98): 502-8.
- Moñiz M V, Urbano M A, Vaz Leal F. Respuesta psicológica del niño ante la hospitalización y la cirugía. En: Revista Española de Pediatría 1999. 55 (2): 178-83.
- Ortigosa JM, Méndez FX, Vargas F. Repercusión de la preparación psicológica a la cirugía pediátrica sobre la recuperación postquirúrgica. En: Anales Españoles de Pediatría, 4 (49): 369-74. 1998.
- Pardell H, Cobo E, Canela J. Manual de Bioestadística. Barcelona: Salvat; 1968.
- Pineda EB, Alvarado EL, Canales FH. Metodología de la Investigación. 2ª ed. OPS-OMS; 1994.
- Politt DF, Hungler BP. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ª Ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1995.
- Sabino CA. Cómo hacer una tesis. 2ª Ed. Caracas: Editorial Panapo; 1986.
- Sarro L. Intervenciones psicoterapéuticas en psicología médica. El papel del grupo asistencial en pediatría. En: Psicología Médica. Temáticas II. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Social; 1996. p. 86-9.
- Sociedad de Cirugía del Uruguay. Asamblea General. 14 de agosto de 1991
- Tau M. El ABC de la psicología infantil. Barcelona: Brujnera; 1980.
- Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Marco conceptual del Plan de Estudios. Montevideo: INDE; 1993.
- Wong DL. Enfermería Pediátrica. 4ª Ed. Madrid: Ediciones Harcourt España S. A.; 1995.

ANEXOS

ANEXO 1 – Marco conceptual.....	28
ANEXO 2 – Marco referencial.....	41
ANEXO 3 – Instrumento de recolección de datos.....	43

ANEXO 1 – MARCO CONCEPTUAL

MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY

El modelo de Roy se basa en el conjunto de procesos mediante los cuales una persona (entendida como ser biopsicosocial) se adapta a los productores ambientales de tensión.

El individuo se ve afectado por estímulos productores de tensión. Estos se clasifican en:

- 1) Focales: son aquellos que confrontan a la persona inmediatamente y requieren una respuesta de adaptación.
- 2) Contextuales: son todos los demás estímulos presentes.
- 3) Residuales: son estímulos inespecíficos importantes, como las creencias, actitudes, etc.

El efecto combinado de estos tres tipos de estímulos da por resultado el nivel de adaptación. Éste determina una zona que indica el rango de estimulación posterior que tendrá una respuesta positiva o de adaptación. Si los nuevos estímulos caen fuera de dicha zona, la persona no podrá responder en forma positiva y se producirá un enfrentamiento ineficaz.

En el modelo de Roy existen dos subsistemas interrelacionados. El principal consta del regulador y el cognator. El secundario consta de cuatro modos adaptativos⁴.

El subsistema regulador está constituido fundamentalmente por elementos neurales, endocrinos y perceptivos-psicomotores. El subsistema de cognación incluye patrones psicosociales y hace posible el procesamiento perceptual de información, aprendizaje, razonamiento y emoción. Ambos subsistemas se encuentran conectados por la percepción de la persona.

El subsistema secundario consta de los siguientes modos de adaptación:

- 1) Fisiológica.
- 2) Autoconcepto.
- 3) Desempeño de funciones.
- 4) Relaciones de Interdependencia.

⁴ Marriner Tomey A, Raile Allgood M. Modelos y teorías en Enfermería. Madrid: Harcourt Brace España; 1999.

Lo ideal es que las condiciones faciliten alcanzar las metas personales (supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio).

Cuando ciertas tensiones poco comunes o el debilitamiento de los mecanismos de enfrentamiento hacen que resulten ineficaces los esfuerzos normales de enfrentamiento de las personas, es necesaria la atención de enfermería.²

Según este modelo, la intervención que realiza enfermería implica manipulación de los estímulos antes mencionados para que el enfrentamiento sea exitoso. Para Roy, la enfermera "debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo".³

PERFIL DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA⁴

Compete exclusivamente a los Licenciados en Enfermería:

- Conducir el proceso de atención que realiza el equipo de enfermería en los diferentes niveles de atención.
- Asumir la responsabilidad de la enseñanza de enfermería en todos los niveles de formación y participar en la enseñanza de acciones de salud dirigidas a la población.
- Administrar y en consecuencia dirigir los servicios docentes y asistenciales de enfermería.
- Promover y participar en la investigación en el área propia y de la salud en general.
- Formular diagnósticos de enfermería, tratamiento y evaluación de los mismos.
- Brindar cuidados directos de enfermería que demanden conocimientos y capacidad para tomar decisiones de inmediato.
- Planificar, organizar, dirigir y controlar los servicios de enfermería en instituciones de asistencia médica.
- Ejercer la dirección de Divisiones y Departamentos de enfermería en instituciones de asistencia médica.
- Promover y realizar programas de educación en servicio y de investigación.
- Evaluar la capacidad profesional del personal de enfermería en concursos, pruebas de ingreso, admisión, promoción, etc.
- Realizar la auditoría en enfermería.
- Evacuar consultas de enfermería.

² Roy y Roberts, 1981. Citado por Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la Enfermería Profesional. OPS; 1989. p. 169.

³ Roy y Roberts, 1980. Citado por Leddy S, Pepper JM. *Op. Cit.*, p. 169.

⁴ Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Marco conceptual del Plan de Estudios. Montevideo: INDE; 1993.

Como integrante del equipo de salud al licenciado en enfermería compete:

- Participar en la determinación, ejecución y evaluación de las políticas, planes y programas de salud.
- Participar en la educación tendiente al mejoramiento de la salud de la población.
- Participar en la promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad, enfatizando la atención primaria de salud en los diferentes niveles de atención.
- Participar en la elaboración de proyectos de construcción y/o reformas de unidades de atención de salud.

FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Cuidado del niño y familia: Las intervenciones deben estar encaminadas a solucionar los problemas definidos de acuerdo a sus objetivos y necesidades. Debe informar a la familia con respecto a los servicios sanitarios, los tratamientos y las operaciones, y lograr que participen en la atención del niño cuando esto sea posible. Debe llevar a cabo intervenciones que eliminen o minimicen la angustia psicológica y física que suelen experimentar los niños y las familias que requieren atención sanitaria. El consejo implica un intercambio de ideas y opiniones que debe, además de resolver un problema o crisis, ayudar a que la familia logre un nivel de funcionamiento mejor, una mayor autoestima y relaciones más estrechas.

Prevención de la enfermedad y promoción de la salud: la enfermera debe planificar la atención de forma que favorezca cada aspecto del crecimiento y del desarrollo. El mejor sistema preventivo es la educación y orientación anticipada. La prevención incluye también el favorecer la salud mental.

Enseñanza sanitaria: es inseparable de la defensa de la familia y de la prevención. Requiere por parte del personal de Enfermería una preparación previa adecuada. La información debe ser transmitida de forma comprensible y satisfactoria para el niño y su familia, y se debe fomentar el intercambio.

Papel terapéutico: es esencial que se establezca una relación terapéutica con el niño, manteniendo suficiente distancia para distinguir sus propias necesidades y sentimientos.

Coordinación y colaboración: el personal de Enfermería debe colaborar y coordinar sus servicios con otras actividades profesionales. Un enfoque interdisciplinario unificado es la única forma de llevar a cabo la atención holística.

Investigación: esto supone preguntarse por qué algo resulta eficaz, y si existe un sistema mejor. Se deben aplicar los resultados obtenidos a la práctica.

Planificación de la atención sanitaria: el personal de Enfermería debe poner de manifiesto sus conocimientos y conciencia de las necesidades comunitarias. Se debe asegurar la excelencia profesional de cada uno de sus miembros, para describir estándares de atención y de actuación profesional. Debe además participar haciendo que se cumplan algunas normas mediante la enseñanza, la creación de modelos de funcionamiento y la supervisión.⁵

CONCEPTO DE NIÑEZ

Niñez: "es el periodo de la vida humana que abarca al recién nacido y al niño o niña que no ha adquirido aún signos cronológicos de desarrollo puberal. En general se es niño/ a hasta los 8 ó 10 años". Es un periodo de construcción biológica, psicológica y social fundamental.⁶

DESARROLLO COGNITIVO DEL NIÑO

Es el proceso que realiza un niño para lograr la capacidad de pensar y resolver problemas. Según Piaget el desarrollo cognitivo del niño es el producto de la interacción entre éste y el medio ambiente, resultando de la interacción de factores tanto internos como externos.

De acuerdo con Piaget, el Intelecto se compone de estructuras o habilidades físicas y mentales llamadas *esquemas* que la persona utiliza para experimentar nuevos acontecimientos y adquirir otros esquemas.

El bebé comienza su vida con actos reflejos Innatos, que van cambiando a causa de la Interacción entre éste y el medio ambiente. Así pues se comienza con el proceso de *adaptación y organización* como proceso intelectual que continuará toda su vida, inclusive en edad adulta. La adaptación es el proceso que consiste en adquirir información y cambiar las estructuras cognitivas previamente establecidas para adaptarlas a la nueva información que se percibe. Surge así el proceso de *asimilación-acomodación*, entre las Ideas anteriores y nuevas. De no ocurrir así, el bebé se encuentra en un desequilibrio cognitivo, y no sólo puede suceder en esta etapa, sino

⁵ Wong DL. Enfermería Pediátrica. 4ª Ed. Madrid: Ediciones Harcourt España S. A.; 1995. p. 9-11.

⁶ OPS - OMS

en cada momento en el que aprenda algo nuevo. Para Piaget, este proceso continuo en el establecimiento de equilibrios entre ideas viejas y nuevas, es esencial en todo aprendizaje.

La *organización* es el proceso en el que la persona aprende a ser selectiva en sus respuestas a objetos y acontecimientos; en este proceso de aprendizaje se produce una constante reorganización.

Según Piaget todos los Individuos comparten las funciones de adaptación y organización; por esta razón las denominó *invariantes* y explican todo aprendizaje cognitivo, ya sea en niños, adolescentes o adultos, pero cada uno desarrolla una estructura cognitiva única.

ESTADIOS

El niño normal atraviesa 4 estadios en su desarrollo cognitivo:

- 1- senso-motor
- 2- pre-operatorio
- 3- operaciones concretas
- 4- operaciones formales

Si bien estos estadios tenían un margen de edad entre un estadio u otro, en ocasiones los niños pueden encontrarse entre un período y otro.

1- Estadio senso-motor

Durante los dos primeros años de vida, el aprendizaje depende casi por completo de experiencias sensoriales y actividades motoras o movimientos corporales.

La rapidez con la que se producen los progresos dependen del medio en el que se encuentra el niño y el tipo de interacciones niño-adulto en el hogar. En esta etapa se aprenden los conceptos de permanencia del objeto, espacio, tiempo y causalidad, que serán muy importantes tanto en la etapa escolar como liceal.

El aprendizaje del niño en esta etapa depende en gran medida de la actividad física del niño, y se caracterizan estas actividades por el egocentrismo (incapacidad para pensar en acontecimientos u objetos desde el punto de vista de otra persona), la circularidad (repetición de actos), la experimentación (manipulación intencional de objetos, eventos o ideas) y la imitación (copiar una acción a otra persona o la reproducción de un acontecimiento).

Durante este primer estadio el niño entiende muy poco el lenguaje, y sabe incluso menos acerca de cómo usarlo para conseguir comunicarse con otras personas.

2- Estadio pre-operatorio:

Entre los 2 y 7 años el niño se guía más por su intuición que por su lógica. Piaget empleó el término *operación* para referirse a actos o pensamientos verdaderamente lógicos. Por esto, este estadio más intuitivo lo denominó pre-operatorio.

El niño usa un nivel de pensamiento simbólico conceptual que consta de dos componentes: el *simbólico no verbal* (el niño utiliza los objetos como símbolo de otros objetos, es decir, con fines distintos de aquellos para los cuales fueron creados, ej. una silla vuelta al revés puede ser una elegante casa) y el *simbólico verbal* (utiliza lenguaje que representa objetos, acontecimientos y situaciones).

La conducta más característica del desarrollo cognitivo del niño en esta etapa es la adquisición y uso del lenguaje, el cual es egocéntrico, se centra en su propio lenguaje y presta menor atención al lenguaje de los demás.

El "intercambio social continuo" no tiene lugar hasta los 7 años de edad, aunque en esta etapa preoperatoria, además del ambiente estimulante, la atención de los adultos en especial al contestar preguntas y en la conversación, es extremadamente importante para el desarrollo del niño, ya que este está basado en la experimentación del lenguaje mediante la imitación verbal.

No utilizan el pensamiento lógico, ya que frente a una pregunta utilizan el método ensayo y error para encontrar la respuesta.

3- Estadio de las operaciones concretas:

Los niños entre 7 y 11 años de edad que cursan esta etapa, utilizan la lógica y realizan operaciones con apoyos concretos, procesando la información de una manera más ordenada. Son capaces de conservar de un modo constante nuevas habilidades, clasificar y ordenar rápida y fácilmente resoluciones a problemas, que retiene en la memoria.

La *clasificación* es el proceso en donde agrupan objetos, acontecimientos, etc.

La *experimentación cuasi-sistemática* es una de las características de esta etapa, en la que el niño toma conciencia de los aspectos que deben tenerse en cuenta en la solución de problemas y es más lógico en la exploración de relaciones. Sin embargo, su uso de la lógica se limita a situaciones concretas.

4- Estadio de las operaciones formales:

Es el estadio final del desarrollo cognitivo del niño, aproximadamente entre 12 y 15 años, en el cual logra un pensamiento altamente lógico y concreto. Una vez dominado las operaciones formales, sólo se produce un desarrollo cuantitativo, es decir una vez que los niños han aprendido operaciones precisas para resolver problemas abstractos e hipotéticos, el aprendizaje posterior se refiere a cómo aplicar estas operaciones a nuevos problemas. Recordemos que el término *operación* es utilizado como "pensamiento lógico".

En suma: la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget sugiere que todo individuo atraviesa por estos cuatro estadios, proceso que lo lleva a alcanzar su madurez intelectual. Las personas adquieren y modifican sus habilidades intelectuales mediante el proceso de adaptación, constituido por la asimilación y acomodación. Asimismo organizan sus esquemas para poder responder mejor al mundo que los rodea.

Aunque los procesos de adaptación y organización no varían con la persona a lo largo de los 4 estadios, las estructuras o esquemas que se desarrollan a partir de estos difieren en gran medida.

Piaget creía que el medio ambiente y la herencia coadyuvan en el desarrollo intelectual de la persona. Partiendo de esto, en la educación del niño se puede contribuir mucho proporcionando un ambiente estimulante al desarrollo cognitivo.⁷

CIRUGÍA^B

Las operaciones se clasifican en cuatro grupos: corriente, mayor, alta y compleja.

La cirugía menor de la cual se hablaba en la anterior clasificación y que habitualmente se realiza fuera del ámbito de Salas de Operaciones no se considera.

Las intervenciones quirúrgicas se clasifican según:

1- Características (según oportunidad operatoria en relación a la oportunidad del paciente):

- Urgencia- Es aquella que se coordina a corto plazo una vez diagnosticado el mal, doce horas o menos de detectado el problema.
- Emergencia- Es aquella intervención inmediata al diagnóstico, por haber riesgo de vida inmediato

⁷ Clifford, M. Enciclopedia Práctica de la Pedagogía. Universidad de Iowa. Ed. Océano S.A.; 1982.

⁸ Asamblea General Extraordinaria de la Sociedad de Cirugía del Uruguay reunida el 14 de agosto de 1991.

- Coordinación- Cirugía planificada con tiempo ya sea días o meses, permitiendo realizar todas las instancias previas necesarias para brindar mayor seguridad.

2- Tipo (según su complejidad y la magnitud del acto quirúrgico):

- Corriente
- Menor (utilizada en algunas instituciones)
- Mayor
- Alta Especializada
- Compleja

RESPUESTA DEL NIÑO ANTE LA HOSPITALIZACIÓN Y LA CIRUGÍA

La enfermedad causa de por sí modificaciones en la relación del niño con sus padres y estos cambios se ahondan y agravan cuando el pequeño debe ser hospitalizado. A demás de tener que soportar su dolencia, el niño sufre el traslado a otro medio y el contacto con extraños cuya función de apoyo, la mayoría de las veces no logra comprender.

Estas circunstancias pueden causar diferentes reacciones, relacionadas con el nivel de desarrollo del niño, factores del entorno, grado de información del niño, su edad, personalidad, actitud del personal hospitalario, duración de la hospitalización, tipo de relación y reacción del binomio padres- niño ante la misma.⁹

Existen diferentes respuestas del niño frente a la enfermedad las cuales varían según el órgano afectado y sus repercusiones psicológicas y sociales. La regresión es clara en niños preescolares y mayores, en los cuales se observa dependencia de los padres, conducta exigente o agresiva, dificultades en la concentración y el aprendizaje. También se da una regresión psicológica en la cual el niño experimenta dificultades y se vuelve enormemente egocéntrico. En bebés y niños pequeños puede aparecer dependencia, vuelta al biberón y pérdida de esquemas adquiridos.¹⁰

La depresión se manifiesta como cambios en la conducta motora, trastornos digestivos, trastornos del sueño, afecciones somáticas repetidas.¹¹

⁹ Ascer de Loy A. Psicoprofilaxis quirúrgica en niños. Clínica de Psiquiatría Infantil. Montevideo: CHPR; 1988. p. 29-30

¹⁰ Prugh y Eckhardt, 1982; citado por Moñiz MV, Urbano MA, Vaz Leal F. Respuesta psicológica del niño ante la hospitalización y la cirugía. En: Revista Española de Pediatría. 55 (2): p. 179.

¹¹ Puyelo, 1984; citado por Moñiz MV, Urbano MA, Vaz Leal F. *Op. Cit.*, p.180.

La ansiedad es extremadamente común. Aparecen taquicardia, palpitaciones, diarrea, vómitos, sudoración, sensaciones de frío y calor.¹²

La conversión es frecuente en niños escolares y adolescentes. Afecta los músculos estriados de inervación voluntaria y aparato somatosensorial.¹³

Las reacciones disociativas son poco frecuentes. Se caracterizan por amnesia o estados pseudo delirantes. En la fase de convalecencia aparecen déficit perceptivos motores, malestar, irritabilidad, comportamientos compulsivos o ritualizados, cambios de la imagen corporal, invalidez crónica y temores de pérdida del autocontrol.¹⁴

Con respecto a la repercusión de los estímulos estresantes psicológicos en el organismo del individuo, se ha demostrado que provocan la liberación de glucocorticoides por vías neuroendócrinas, suprimiendo las respuestas adaptativas y produciendo entre otras cosas una linfólisis, con alteración de la relación entre las diferentes poblaciones de células mononucleadas, lo cual produce una disminución de las defensas inmunológicas del organismo.¹⁵

LAS TRES ANSIEDADES BÁSICAS.

Ansiedad es un diagnóstico de enfermería, aprobado por la NANDA, que "hace referencia a un sentimiento de intranquilidad, desasosiego, agitación, incertidumbre y miedo, que aparece al prever una situación de amenaza o de peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo y cuya causa suele ser desconocida o no admitida. Las características que la definen pueden ser subjetivas u objetivas. Las características subjetivas comprenden sensaciones de aumento de la tensión, desamparo, inadecuación, miedo, sobreexcitación, desasosiego y preocupación. Las características objetivas son excitación cardiovascular, vasoconstricción superficial, dilatación pupilar, inquietud, insomnio, escaso contacto ocular, temblor, tensión facial, voz trémula, retraimiento, aumento de la sudoración y manifestaciones de preocupación respecto a los cambios en los acontecimientos vitales".¹⁶

¹² Gaona et al citado por Moñiz MV, Urbano MA, Vaz Leal F. *Op. Cit.*, p. 179.

¹³ Gaona et al citado por Moñiz MV, Urbano MA, Vaz Leal F. *Op. Cit.*, p. 180.

¹⁴ Prugh DG. Et al. citado por Moñiz MV, Urbano MA, Vaz Leal F. *Op. Cit.*, p. 180.

¹⁵ Congreso argentino de patología de urgencia y emergentología, 11º. Mar del Plata: Comisión organizadora del Congreso; 1989.

¹⁶ Diccionario Mosby. [CD ROM] 5ª ed. Harcourt SA; 2000.

“En un sentido estricto las ansiedades son la forma que toma la energía psíquica en su flujo constante y tiene la misión de mantenernos en funcionamiento y de servir de fuerza motivadora de todas nuestras conductas”.¹⁷

Las ansiedades básicas pueden clasificarse según la fuente de peligro. En la ansiedad confusional, la definición refiere a una amenaza de desintegrarse por no entender lo que ocurre dentro o fuera de uno, por no encontrar la reacción o respuesta adecuada. La ansiedad paranoide es la amenaza de desestructuración por un ataque externo, porque alguien o algo ponga en peligro nuestra integridad. La ansiedad depresiva está relacionada, tanto con la alegría como con la tristeza, y se define como el temor a la desintegración por la pérdida, por el vaciamiento, por la falta de fuerzas e interés para vivir. En el acto quirúrgico las ansiedades son normales y propias de toda personalidad en funcionamiento, y su presencia (mientras que se mantenga dentro de ciertos montos o cantidades) no constituye ningún estado excepcional.¹⁸

CONCEPTO DE PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA:

Se define Psicoprofilaxis (del griego, psike: alma y prophylatto: prevenir) como “tipo de psicoterapia que se orienta a la prevención de trastornos emocionales”.¹⁹

Tomando las definiciones de varios autores, realizamos la siguiente síntesis: la Psicoprofilaxis Quirúrgica (PQ) en niños pertenece al campo de la psicohigiene y puede ubicarse como prevención primaria de la salud. Es la preparación psicológica del niño y sus padres para familiarizarse con el hospital, personal sanitario y procedimientos rutinarios. Comienza desde el momento en que el cirujano informa al niño y sus padres que debe operarse, hasta el día en que abandona el hospital. La PQ debe ser enfocada en tres aspectos: información objetiva, expresión emocional favorable y establecimiento de confianza y veracidad con el personal del hospital. Son métodos de preparación psicológica que tienen por objetivo reducir el impacto negativo de la hospitalización.

El equipo de salud es el responsable directo de que el paciente llegue a la intervención con el estado anímico más propicio, debiendo contar con el asesoramiento que puedan brindar psicólogos y psiquiatras.

¹⁷ Mardarás Platas E. *Psicoprofilaxis quirúrgica*. 2ª ed. Barcelona: Ediciones Rol S. A.; 1990. p. 45.

¹⁸ Mardarás Platas. *Op. Cit.* p. 50-3.

¹⁹ *Diccionario Mosby. Op. Cit.*

Pueden existir algunas dificultades en la aplicación de la PQ. Una de ellas es el esfuerzo del personal para insertarse en un terreno que no ha sido del todo considerado en sus respectivas especialidades.²⁰

EL TRABAJO CON NIÑOS EN PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA.

El esquema general de PQ es susceptible también de ser empleado con los pequeños; lo que ha de cambiar son las técnicas que se emplean, pero no los objetivos a conseguir, ni los puntos clave de acción que siguen siendo las tres ansiedades básicas (ansiedad paranoide, ansiedad depresiva, ansiedad confusional). Lo que determina la necesidad del mencionado cambio de técnicas, es el hecho de que el niño posee una capacidad menor de expresión, comprensión y simbolización verbal que el adulto. Por lo tanto, las vías para acceder a la elaboración de sus ansiedades son otras que las palabras. La reunión de información no se omite con ellos, pero se realiza aplicando técnicas lúdicas en un recinto y con material apropiado para tales efectos.²¹

Las técnicas que se utilizan para la implementación de la PQ en niños según Ascer de Loy²² son verbales, lúdicas, gráficas, juegos de roles y dramatizaciones. Lira²³ agrega visita al centro asistencial y presencia de padres antes y durante Inducción anestésica y al despertar. Moñiz²⁴ aporta además la presentación de un video con situación quirúrgica, juego terapéutico y terapia de marionetas, y Krivitsky²⁵ menciona también cuentos sobre la cirugía.

Las clínicas muy bien equipadas disponen hasta de un quirófano en miniatura y de toda una provisión de instrumental de juguete en el que están incluidos batas, mascarillas, y disfraces de cirujano, anestesista, enfermera, etc. También se explican las reglas de juego, que en realidad son las reglas de cada intervención y los niños proceden a hacer teatralizaciones en la que van rotando los roles.

Una cuestión interesante es la del límite de edad, a partir del cual se puede comenzar a ejercer alguna acción psicoprofiláctica. Prácticamente desde los 3 a los 11 años, es factible aplicar los juegos y la proporción de verbalización que se introduce, al momento evolutivo del grupo de pacientes.

²⁰ Mardarás Platas E. *Op. cit.*, p. 26-9.

²¹ Mardarás Platas E. *Op. Cit.* p. 162-3

²² Ascer de Loy A. *Op. Cit.* p. 26.

²³ Lira MT. Intervención de Enfermería en el niño sometido a proceso quirúrgico. En: *Pediatría al día 2000*, 16 (03): 190.

²⁴ Moñiz MV, Urbano MA, Vaz Leal F. *Op. Cit.* p. 182.

²⁵ Krivitsky M. *Op. Cit.* p. 264-5.

Cuando la edad del enfermo es muy corta (por debajo de los 18 meses) se aconseja llevar a cabo ejercicios de transición y condicionamiento, que consisten en ir acostumbrando al bebé a la mayor cantidad posible de los estímulos que luego va recibir en el quirófano y en la sala (temperaturas, olores, imágenes visuales, sensaciones táctiles y contactos epidérmicos con las personas que más adelante van a manipularlos).

Conviene no perder de vista que en estos casos el enfermo no es sólo el sujeto a intervenir, sino que todo el grupo familiar se transforma en paciente. Por lo tanto, han de cumplirse los mismos pasos psicoprofilácticos que con el enfermo adulto.²⁶

Anestesiastas, cirujanos, pediatras, enfermeros y otros integrantes del personal de salud participan en la preparación del niño para la anestesia y cirugía. A pesar de que cada uno tiene su propia perspectiva, muchos temas son comunes a todos. La preparación debería incluir a la familia entera si así lo quiere la misma. Los miembros de la familia tendrán oportunidad para expresar ansiedades y preocupaciones en fundamentos individuales, y se determinará cómo pueden ser el mejor apoyo del niño durante el período pre-operatorio. Como los niños son pensadores concretos, las explicaciones y respuestas realizadas durante el período pre-operatorio deberían ser cuidadosamente formuladas para ayudar a sacar sus miedos y temores. También hay otros recursos de apoyo a la familia, como visitas al quirófano, materiales escritos y audiovisuales, y habilidades representativas para el cuidado del paciente.²⁷

ROL DE ENFERMERÍA

La responsabilidad del cuidado del niño internado durante las 24 hs. del día recae en gran parte sobre el personal de Enfermería. Esto hace que reciba en forma total, inmediata y concentrada, las diversas tensiones que se originan en torno a la internación, el tratamiento con el niño, así como la relación con sus familiares y acompañantes.

Los familiares suelen idealizar a la enfermera como alguien especialmente bueno y reparatorio, mostrando sentimientos de gratitud y colaboración hacia la misma, pero también son receptáculo de sentimientos hostiles que despierta la enfermedad del niño.

²⁶ Mardarás Platas E. *Op. Cit.* p. 163-5.

²⁷ Means LJ et al. Evaluation and preparation of pediatric patients undergoing anesthesia. En: *Pediatrics* 1996, 3 (98): 502-7.

Entre madre y enfermera frecuentemente se entabla una relación competitiva. Para la madre la enfermera es alguien con quien debe compartir a su hijo enfermo, aceptando su autoridad técnica y poniendo límite a la omnipotencia de sus cuidados maternos, lo cual no es fácilmente aceptado.²⁸

La enfermera que se especializa en el campo pediátrico debe ser cálida, comprensiva, afecta a los niños y hábil para relacionarse con éstos y manejarlos. Una de las tareas más importantes de la enfermera pediátrica consiste en aliviar la ansiedad de los padres, y funcionar como amortiguadora de las tensiones que se crean entre éstos y el niño. El desempeño de esta función, que complementa sus obligaciones rutinarias, le permite contribuir en gran medida al bienestar del niño.

El rol de la enfermera es determinante en la internación del niño, dado que es quien lo recibe el primer día de hospitalización y lo ayuda a lo largo de toda ésta. Debe además recopilar datos en forma directa, saber lo que el niño piensa sobre su vida hogareña, sus relaciones escolares y sociales, sus distracciones, y, lo que es todavía más importante, cómo se siente frente a su enfermedad.

Es muy importante que la enfermera pediátrica esté bien informada sobre los procesos de dinámica de grupo, ya que le corresponde actuar como líder natural del grupo de pacientes, dado que es la persona que mantiene relaciones más estrechas con los niños, permanece con ellos más tiempo que cualquier otro integrante del equipo, y es además un símbolo de autoridad del hospital.

La enfermera debe tener un profundo conocimiento de la patología orgánica de las enfermedades, así como de las secuelas en la personalidad, para poder resolver las dificultades que el ejercicio de su función le plantean.²⁹

"La intervención de enfermería debe estar enfocada a la evaluación del estado psico- emocional del niño y su familia, así como a resolver las dudas y temores del niño y sus padres frente a un proceso desconocido que les genera un gran estrés físico y mental".³⁰

²⁸ Ascer de Loy A. *Op. Cit.* p. 40-3.

²⁹ Geist H. *Cómo atender al niño antes y después de la hospitalización.* Ed. Paidós, Buenos Aires [s.d.], p. 44-62.

³⁰ Lira MT. *Intervención de Enfermería en el niño sometido a proceso quirúrgico.* En: *Pediatría al día 2000*, 16 (03): 190.

ANEXO 2 – MARCO REFERENCIAL

LA PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA EN NUESTRO PAÍS.

En 1988, en el CHPR, en la APPIA (Asociación de Psiquiatría y Psicopatología en la Infancia y Adolescencia), se formó un equipo cuyo objetivo era comenzar a implementar la PQ. En primera instancia se realizaba como un tratamiento psicológico, que se le efectuaba al paciente involucrado en el proceso quirúrgico. El instrumento era una interpretación analítica adaptada a los límites de una terapia breve, con un fin preestablecido, que era operar en las mejores condiciones psicológicas posibles. Dicha terapia psicoanalítica apuntaba fundamentalmente a fortalecer el Yo, buscando una toma de conciencia de la situación, así como del miedo a la intervención.³¹

En la entrevista llevada a cabo en enero de 2002, la Psic. Miriam Rodríguez nos manifestó que en 1998 comenzó a formarse en la PQ, a través de un grupo teórico de Formación para psicólogos y psiquiatras en la APPIA, a cargo de la Psic. Carmen Medici. Este grupo se disolvió el año pasado.

Hace dos años comenzó a trabajar en el servicio de Cirugía Pediátrica del CHPR, donde se le brindó un consultorio con los materiales necesarios para desempeñar su labor. A causa del alto número de cirugías que se realizan, no le es posible abarcar a la totalidad de la población, por lo que debe seleccionar los casos de mayor gravedad, abarcando tanto al niño como a la familia. Gracias a su desempeño en Policlínica le es posible captar aquellos casos en que es necesario un seguimiento con mayor dedicación, en los casos más delicados.

La modalidad de trabajo que desarrolla consiste en 3 ó 4 sesiones previas a la cirugía, en las cuales se utilizan diversas técnicas con el niño (juego, dibujos, etc.). En los casos en que la familia demuestra dificultades en el afrontamiento de la intervención quirúrgica del niño, el trabajo se dirigirá hacia ésta principalmente. A todos los familiares a cargo se les proporcionan materiales con sugerencias para ayudar al niño a prepararse para la cirugía. Al niño se le da un folleto con información simple y clara con respecto a su experiencia en el hospital.

³¹ Ascer de Loy A. Psicoprofilaxis quirúrgica en niños. Clínica de Psiquiatría Infantil. Montevideo: CHPR; 1988.

Otras de las intervenciones realizadas es incentivar al niño a llevar un objeto transicional (oso de peluche, autito, mantita, muñeca, etc.) al lugar donde será anestesiado, lo cual ayuda al niño a sentirse más seguro. Además se promueve la permanencia del familiar a cargo durante la anestesia.

También realiza actividades en el post-operatorio, particularmente en aquellos casos de emergencias, en los cuales no es posible llevar a cabo la PQ en el preoperatorio, así como en aquellos en los que el niño no ha evolucionado bien luego de la cirugía y se encuentra con un alto grado de ansiedad.

De acuerdo a su experiencia, el mayor apoyo recibido proviene del personal de Enfermería, tanto profesional como auxiliar, y en menor medida de los anestesiistas, siendo los cirujanos los que presentan mayor resistencia al trabajo psicoprofiláctico.

ANEXO N°3 – INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Instituto Nacional de Enfermería (Asimilado a Facultad)

Cátedra de Salud de Niños y Adolescentes

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA EN NIÑOS

DATOS DEL ENTREVISTADO	
Sexo: <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> masculino	Edad:
Años de experiencia en pediatría:	Tipo de institución: <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> privada
Formación postbásica en el área en el último año:	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

CUESTIONARIO	
1. En esta institución ¿existe protocolo de PQ?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
2. En esta institución ¿se realiza PQ?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
3. De acuerdo a qué criterios se selecciona a los usuarios para la realización de la PQ?	<input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Tipo de cirugía <input type="checkbox"/> Situación del niño o familia <input type="checkbox"/> Experiencia quirúrgica previa <input type="checkbox"/> Otros
4. ¿Qué integrantes del equipo de salud participan en la implementación de la PQ?	<input type="checkbox"/> Lic. en Enfermería <input type="checkbox"/> Aux. de Enfermería <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Pediatra <input type="checkbox"/> Cirujano <input type="checkbox"/> Anestesiista <input type="checkbox"/> Otros. Especificar:.....

5. En la implementación de la PQ ¿qué técnicas utiliza el equipo de salud?

- Técnicas lúdicas
- Información audiovisual
- Información verbal
- Información escrita
- Presencia de familiar durante la inducción anestésica
- Visita previa al servicio
- Fomento de la utilización de objeto transicional
- Otras. Especificar:.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. De las técnicas que mencionó ¿en cuáles participa Ud.?

- Técnicas lúdicas
- Información audiovisual
- Información verbal
- Información escrita
- Presencia de familiar durante la inducción anestésica
- Visita previa al servicio
- Fomento de la utilización de objeto transicional
- Otras. Especificar:.....

.....

.....

.....

.....

.....